

## CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 05/01/2021 12:53:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DANIELA QUINTANA SOLER

C.C 1013669884

EDAD 24 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



### EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☒

Optometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐

Otros ☐

¿Cuáles?

Énfasis Osteomuscular ☒

Otros ☐

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

### CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☒

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

SI ☐

NO ☐

NA ☒

RESTRICCIONES

NINGUNO

### RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR

USO DE MEDIAS ANTIVARICE

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OBSERVACIONES : NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SARS-COV2)//NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 2020

SE SUGIERE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL



CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

Régimen: RÉGIMEN Salud Ocupacional  
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

## CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 05/01/2021 12:53:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: DANIELA QUINTANA SOLER

C.C 1013669884

EDAD 24 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



### EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

*Daniela Quintana S*



*Gianna Marcela Prieto C.*

Gianna Marcela Prieto C.  
MEDICO CIRUJANO  
C.E. SALUD OCUPACIONAL  
2012

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 2784705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.  
FIRMA DEL PACIENTE E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.com